

第1号様式

決	部 長	次 長	課 長	統括リーダー	担当リーダー	担 当
裁						

事 故 報 告 書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 秋 山 浩 保 あて

市民活動中に事故が発生したので、柏市市民活動災害補償保険の適用を受けたく報告します。

ふりがな 団体名	かしわ かい 柏こども会
代表者氏名	かしわ た ろう 柏 太 郎
住 所	柏市柏5-10-1
電 話	04-7167-1111

※個人の場合は、個人名を記入してください。

事故種別	1 損害賠償責任保険 2 傷害保険	
事故発生日時	平成〇〇年〇〇月〇〇日 (〇) 午前 ・午後 〇時 〇〇分頃	
事故発生場所	柏市△△1-1 柏市〇〇近隣センター 体育館	
当日の指導者等	ふりがな 氏 名	かしわぎ はなこ 柏木 花子 年齢 40 歳
	住 所	柏市△△2-2 電話 04-7167-XXXX
当日の活動名	第〇〇回 こども祭り	
負傷者 (死亡者 または被害者)	ふりがな 氏 名	かしわだ ほうさく 柏田 豊作 T・S Ⓡ 〇年〇月〇日生 年齢 10 歳
	住 所	柏市△△3-3 コーポ△101 電話 04-7167-XXXX
	保護者氏名 (未成年の場合)	かしわだ こうさく 柏田 耕作 (父)
	勤務先 名 及び 所在地	(株)△商会 営業部 東京都△区△△4-4 △ビル 電話 03-XXXX-XXXX
身体傷害の状況	傷病名	右足首捻挫
	治療期間	入院 〇月 〇日~ 〇月 〇日 (実 〇〇日間) 見込・確定 通院 〇〇月〇〇日~〇〇月〇〇日 (実 〇〇日間) 見込 ・確定
	病院名	〇〇〇病院
	所在地	柏市△△4-4 電話 04-7167-XXXX
財物または受託 品損害の状況	財物または受託品名	
	損害額 円 見込・確定	

※太枠内のみ記入してください。

整理番号			
------	--	--	--